№ 7. Lipiec 1911 r. Rok VI.

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.

Prace oryginalne.

Z kazuistyki dentystycznej.

PODAŁ
M. Krakowski.

1) **Wznówka ropotoku zębodołowego wskutek gośćca stawowego.** Helena K., 42 lat, zgłosiła się do mnie, narzekając na „chwianie się zębów i wydzielanie ropy z dziąseł". Kobieta z pozoru zdrowa, dobrze zbudowana, tęga, czerwona na twarzy.

Z wywiadów dowiedziałem się, że chora kilkakrotnie przechodziła gościec stawowy; od półtora roku jednak żadnych objawów gośćca nie było. Chora opowiada, że już od dłuższego czasu zauważyła wydzielanie się gęstawej, cuchnącej ropy z dziąseł obu szczęk; zęby od dawna są rozchwiane, tak, że utrudniają mowę i przyjmowanie pokarmów; pokryte one są białawym osadem, który łatwo się ściera. Od czasu do czasu policzkowa (względnie wargowa) strona dziąseł puchnie, przyczem pacjentka odczuwa w dziąsłach pewne podrażnienie. Po wyciśnięciu z dziąseł ropy, objawy te znikają. Rozchwianie się zębów pacjentka zauważyła z początku w dolnych przednich zębach, a potem cała sprawa objęła trzonowce. Od czasu do czasu ukazują się na języku i śluzówce policzków nieznaczne owrzodzenia, wskutek czego pacjentka szukała pomocy u felczera.

Po posmarowaniu lapisem owrzodzenia te zwykle znikały. Pacjentka zwracała się również kilkakrotnie po poradę do specjalistów, którzy przepisywali różne płukania; te jednak nie skutkowały.

Przy badaniu jamy ustnej stwierdziłem następujące zmiany. Górnego małego lewego siekacza nie było; w dolnym dwuguzkowcu z lewej strony *caries media propria*; w pierwszych dolnych trzonowcach—próchnica drążąca przy szyjkach, miazgi obumarły; pozostałe zęby nie były próchnicą dotknięte, lecz mocno rozchwiane, oprócz wszystkich kłów, które siedziały dość mocno. Przy naciskaniu na dziąsła około wszystkich zębów wydzielała się gęstawa ropa. Dziąsła przy wszystkich trzonowcach były opadnięte do tego stopnia, że korzenie były obnażone, mniej więcej, do połowy. Na szyjkach górnych przednich zębów oraz dolnych dawało się zauważyć tuż pod brzegiem dziąsła cieniutka warstwa kamienia nazębnego, ciemnej barwy, mocno siedzącego.

Chora prosiła o „wzmocnienie" zębów i dziąseł.

Dwuguzkowiec zaplombowany został cementem. Wszystkie zęby były oczyszczone z kamienia przy zachowaniu należytej ostrożności.

Co do wyleczenia ropotoku miałem głównie na uwadze zachowanie przednich zębów, gdyż na wzmocnienie trzonowców z powodu daleko posuniętego zaniku tak dziąseł jak i ścian zębodołowych liczyć nie można było. Pacjentce przepisano ścisłe zachowanie w czystości jamy ustnej i płukanie rozczynem nadtlenku wodoru. Leczenie rozpocząłem od wkraplania różnych leków w kieszonki wytworzone przez odstające od zębów dziąsła. Musiałbym tu przejść całą farmakologję, gdybym chciał wyliczyć wszystkie leki, zalecane w takich przypadkach. Stosowałem z początku rozczyny solweolu, jodynę, i t. d. lecz wszystko to bezskutecznie: ropa wydzielała się z dziąseł w dalszym ciągu. Wobec ich bezskuteczności przystąpiłem do przyżegania kwasami mineralnymi i z zalecanych kwasów solnego i chromowego wybrałem ostatni. Wkraplałem w każdą kieszonkę z początku nie więcej nad kroplę 10% roztworu; każdorazowo pacjentka przepłukiwała usta roztworem sody. Wkraplanie stosowałem co drugi dzień. Przez pierwsze dziesięć dni sprawa cokolwiek się polepszyła. Następnie stosowałem coraz mocniejsze roztwory, przyczem wkraplałem nie więcej, nad jedną kroplę na raz w każdą kieszonkę

w końcu stosowałem 50% roztwór. Po sześciu tygodniach leczenia, kiedy ropienie znacznie się zmniejszyło, przecinałem dziąsła. Na jednem posiedzeniu rozcinałem nie więcej jak 2 — 3 kieszonki. Po przecięciu kieszonek ropienie ustąpiło. Dla ścisłości dodać tu należy, że na niektórych kieszonkach musiałem operację powtarzać kilkakrotnie, gdyż rany zrastały się, i ropa znowu ulegała zatrzymywaniu. Przekonałem się przytem, że podwójne przecięcia kieszonki, t. j. za pomocą dwóch nacięć podłużnych lepiej zabezpieczało od ponownego sklejania się ran, niż pojedyncze. Po przecięciu smarowałem zwykle dziąsła jodyną. Jak wyżej nadmieniłem, główną uwagę zwracałem na leczenie zębów przednich; te też po dwóch miesiącach leczenia wzmocniły się znacznie; ropotok znikł zupełnie. Nadmienić wypada, że aczkolwiek ropienie w pierwszych dniach leczenia powiększa się, jednakże nie służy to przeciwskazaniem do dalszego leczenia.

Po upływie ½ roku pacjentka znowu zgłosiła się do mnie w celu usunięcia dwóch górnych pierwszych trzonowców, które doszły do ostatecznego stopnia rozchwiania. Zęby te zostały usunięte. Przednie zęby były w zupełnym porządku, żadnych objawów ropotoku przy nich nie było.

Wkrótce pacjentka zgłosiła się do mnie ponownie i oznajmiła mi, że z powodu napadów gośćca stawowego zmuszona była przez sześć tygodni pozostawać w łóżku. Podczas choroby dwukrotnie występowało opuchnięcie policzków i silne bóle w obu szczękach. Bóle te i opuchnięcie ustępowały po zastosowaniu ciepłych okładów. W jamie ustnej pacjentka zauważyła znowu taki stan jak dawniej: rozchwianie się zębów i wydzielanie się z dziąseł cuchnącej ropy.

Przy badaniu jamy ustnej okazało się, że rzeczywiście ropotok zębodołowy wystąpił w pierwotnej formie. Pozostawiwszy leczenie ogólne lekarzowi, który leczył pacjentkę, przystąpiłem do leczenia ropotoku. Kwas chromowy, stosowany jak poprzednio oraz nacięcia dziąseł w zupełności doprowadziły do pożądanego skutku. W celu dalszego leczenia objawów gośćcowych pacjentka wyjechała do Ciechocinka.

2) **Zęby u noworodka.** Przypadki wyrzynania się zębów u płodu w okresie życia wewnątrzmacicznego są dość rzadkie. Przypadki takie u noworodka mają ważne znaczenie pod tym względem, że mogą

stanowić przyczynę ciągłego płaczu dziecięcia i stąd doprowadzać do mylnego rozpoznania i niepotrzebnego „leczenia“ noworodka.

Obserwowałem następujący przypadek. Ze zdrowego ojca, nie obciążonego żadną chorobą dziedziczną, i anemicznej, słabo rozwiniętej matki, która wydała na świat 3 dzieci (z nich jedno pozostaje przy życiu), urodziło się wątłe dziecko płci męzkiej. Narządy zewnętrzne pod względem budowy anatomicznej, jak się okazało, były rozwinięte prawidłowo. Począwszy od 2-go dnia niemowlę zaczęło płakać (po prostu krzyczeć), szczególnie podczas karmienia piersią; mogło spać jedynie z otwartemi ustami i nieco podniesionym języczkiem. Pomimo wycierania jamy ustnej przez akuszerkę rozczynem kwasu bornego, niemowlę nie przestawało krzyczeć. Z powodu ciągłego płaczu z pępka zaczęła sączyć się krew. Wezwany lekarz nie znalazł szczególniejszych zmian w narządach wewnętrznych; gorączki nie było. Przepisane lekarstwo nie sprawiło żadnego polepszenia. Niemowlę nadzwyczaj osłabło. Ostatecznie matka sama odnalazła przyczynę krzyku dziecka; na dolnej powierzchni języczka, niedaleko wierzchołka, znaleziono dosyć głębokie owrzodzenie; na dziąśle, odpowiednio do tego miejsca, stwierdzono stwardnienie kostnej konsystencji, pokryte opuchniętem dziąsłem w stanie zapalenia. Przy dotykaniu tego miejsca niemowlę mocno krzyczało.

Kostne stwardnienie, jak się okazało, był to środkowy mleczny siekacz, który słabo był osadzony, jakby w pochewce i otoczony spuchniętem dziąsłem.

Bolesne owrzodzenie na języczku, powstałe prawdopodobnie wskutek przedwcześnie wyrzniętego zęba, i istniejące dość mocne zapalenie śluzówki jamy ustnej przeszkadzały, rzecz prosta, niemowlęciu ssać i były powodem nieustannego płaczu.

Słabo osadzony ząbek usunięto palcami; krwotok był nieznaczny; przy odpowiedniem leczeniu zapalenie śluzówki i owrzodzenie języka przeszły; rana w miejscu wyjętego ząbka zagoiła się. Niemowlę uspokoiło się i zaczęło swobodnie ssać. Wyjęty ząbek miał długości mniej więcej $4^1/_2$ mm. (korzeń 2 mm. długi z otworem 1 mm. w średnicy), wewnątrz był pusty; kształt jego podobny był do zęba czopowatego (Zapfenzahn).

Co się tyczy pozostałych zębów, to ku końcowi 2 miesiąca wyrznęły się górne środkowe siekacze (drugi dolny nie wyrznął się);

trzymały się one bardzo słabo i niedługo; wskutek raptownego uderzenia zostały wybite. Do 5 miesięcy wyrzynania się zębów nie było. W 6 miesiącu dziecię zmarło wskutek zapalenia płuc.

3) **Perjodyczny ból głowy pochodzenia zębowego.** Ze ból głowy bardzo często towarzyszy bólowi zębów, to wiadomo. Niżej opisany przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że ból główy występował *perjodycznie* co pewien czas i utrudniał lekarzowi rozpoznanie, symulując chorobę wewnętrzną.

Antonina N., 40 lat, zdrowa i dobrze rozwinięta, od pewnego czasu zaczęła cierpieć na ból głowy i z tego powodu niejednokrotnie zwracała się po poradę do tutejszych lekarzy. Wobec tego, że rozmaite sposoby leczenia oraz różne lekarstwa były bezskuteczne, pacjentka przez jednego z lekarzy skierowana została do dentysty w celu zbadania zębów. Od chorej, która zwróciła się do mnie, dowiedziałem się co następuje. Aczkolwiek jest dobrze rozwiniętą, czuje się jednak bardzo osłabioną i zdenerwowaną. Pomimo takiego stanu zmuszona była zajmować się gospodarstwem wiejskiem. O chorobach z wieku dziecięcego nic stanowczego nie mogła mi opowiedzieć; neurasteników, psychicznie chorych w rodzinie jej nie było; rodzice byli zupełnie zdrowi; w 19-ym roku pacjentka wyszła za mąż; obecnie jest matką 6 zdrowych i dobrze rozwiniętych dzieci. Do ostatnich czasów czuła się dość dobrze, nie chorowała pomimo uciążliwych zajęć, podczas których narażona była na częste zmiany temperatury, i pomimo zamieszkiwania w miejscowości o wilgotnym gruncie. Na reumatyzm nigdy nie zapadała. Obecne cierpienie, *perjodyczny ból głowy*, męczy ją prawie pół roku. Ból ten zaczął się od strzykania w uchu, powtarzającego się od czasu do czasu. Za radą znajomych stosowała naparzania z kwiatu lipowego; strzykanie w uchu cokolwiek osłabło, lecz wkrótce powtórzyło się na nowo. Do strzykania przyłączył się silny ból głowy, szczególnie w prawej skroni; ból wyczuwany był w uchu, w okolicy gruczołu przyusznego i wogóle w prawej połowie głowy; zaczynał się codziennie wieczorem, mniej więcej, o godzinie 9—10; najprzód wyczuwany był w uchu, następnie zaś rozprzestrzeniał się na głowę, a niekiedy dochodził aż do ramienia. Kataplazmy oraz chinina (na wewnątrz) nieco tylko zmniejszyły dokuczliwe bóle, które następnie wznawiały się o poprzedniem natężeniem. Pacjentka później stosowała preparaty bromu, fenacety-

nę, salipirinę, antipirinę i t. d.; morfina nieco uśmierzała ból. Pomimo wędrówki od jednego lekarza do drugiego, chora nie mogła się pozbyć bólu zupełnie, gdyż ustawał na jakiś czas, ażeby potem wrócić ponownie. Mniej więcej, na 3 tygodnie przed przybyciem do mnie bóle powtarzały się *codziennie* od wieczora do 3—5 rano i występowały w sposób jak opisano wyżej. Niekiedy były one tak silne, że pacjentka chciała pozbawić się życia. Podczas wilgotnej pogody bóle występowały w ostrzejszej formie i miały charakter nerwobólu; nad ranem występowały obfite poty; pod ich wpływem pacjentka zasypiała. Z całego szeregu lekarzy (jak świadczą zaprezentowane recepty) *jeden* tylko (ostatni) zajrzał do ust i skierował chorą w celu zbadania zębów.

Trzeba dodać, że staranne zbadanie głowy (przez ostatniego lekarza) nie wykazało żadnych zmian (guzów, obrzmień i t. d.)

Przy badaniu zębów okazało się, że ostatnie trzonowce (z prawej strony) górnej i dolnej szczęki były spróchniałe. W górnym trzonowcu ubytek próchnicowy znajdował się po stronie odśrodkowej a w dolnym—po policzkowej, w pobliżu szyjki zęba. Obydwa ubytki trudno było odnaleść; w dodatku górny zakryty był rozrośniętem dziąsłem. Po powierzchownem oczyszczeniu i przy starannem zbadaniu stwierdzono w obu zębach chroniczne zapalenie miazgi. Na zapytanie, czy zęby te bolały kiedyś, pacjentka oznajmiła, że rzeczywiście podczas paroksyzmów bólu głowy odczuwała tępy ból po prawej stronie szczęki; żuć tą stroną od dawna nie może.

Przypuszczając, że istnieje związek pomiędzy tymi zębami a bólami głowy, nie próbowałem nawet leczyć ich, chociażby z tego względu, że arszenik mógł raptownie wywołać zaostrzenie sprawy, a stąd spotęgowanie bólów głowy. Zaproponowałem usunięcie obu zębów, ponieważ trudno byłoby określić, który z nich właściwie był przyczyną dokuczliwych i długotrwałych cierpień. Najprzód usunęłem dolny, lecz na żądanie pacjentki i drugi—górny. Operacja przeszła pomyślnie, wielkiego krwotoku nie było; korzenie okazały się rozwiniętymi nieprawidłowo (nader długie i zrośnięte).

Po kilku godzinach ustały wszelkie bóle; następnej nocy pacjentka spała; od tego czasu czuła się zupełnie dobrze.

Dział sprawozdawczy.

35) Dr. Kollibay. Związek pomiędzy chorobami zębów i nosa. (Dent. Mon. f. Zde. Od. ob. 1. 2. r. z.)

Autor zwraca uwagę na związek wzajemny chorób zębów i nosa. Liczne własne ciekawe przypadki z praktyki, zachęciły autora do uważnego przejrzenia dotyczącej tego przedmiotu literatury.

W ostatnich czasach w tej kwestji wiele pracował Schröder, który twierdzi, że udawało mu się rozszerzać przewody nosowe i w ten sposób ustalić oddychanie przez nos drogą rozciągania górnej szczęki. Pomyślne wyniki takiego sposobu leczenia potwierdzone zostały przez Peyser'a i Landsberger'a; uzasadnienia zaś sposobu Schröder'a są kwestjonowane przez znanych rynologów. Kwestja ta, zdaniem autora, pozostaje jeszcze niewyjaśnioną, pomimo licznych bardzo poważnych prac wielu autorów. Niewiadomo, czy wysokie podniebienie stanowi cechy rasowej, czy też zależy ono od wązkiej twarzy, czy wązkiego nosa, lub też czy ucisk policzków oraz brak ciśnienia ze strony wargi górnej przy oddychaniu przez usta warunkują jego konfigurację; nie jest wiadomem również, czy zanik nosa powstaje wskutek jego bezczynności, czy podniebienie staje się wówczas węższem i dłuższem i czy może wskutek tego rozwinąć się skrzywienie przegrody nosowej. Pomiary podniebienia za pomocą specjalnych narzędzi, podjęte przez autora u szeregu pacjentów z rozrostem gruczołowatem, już to na samych pacjentach lub też wyciskach szczęk przed usunięciem rozrostów i w kilka miesięcy po ich usunięciu (przyczem brane były pod uwagę zamiana, wypadanie i wykrzywianie się zębów) nie doprowadziły do żadnego wyniku. Jeżeli w ten sposób kwestją jeszcze jest, czy nieprawidłowa funkcja nosa wywiera wpływ na budowę szczęki i rozmieszczenie w niej zębów, to w każdym razie, gdy ono jest już wywołane w jakikolwiek sposób, dzięki oddychaniu przez usta, bezsprzecznie wywołuje ono rozmaite choroby śluzówki jamy ustnej i przełyku. Wszak błona ta musi wówczas wciągać kurz, zwilżać i ogrzewać powietrze, do czego wcale nie jest przystosowana. Oprócz tego Manciolli uważa oddychanie przez usta za główny powód próchnicy zębów, a Herman przypisuje mu przyśpie-

szenie psucia się zębów. Jeden tylko fakt w każdym razie nie ulega wątpliwości, a mianowicie ten, że próchnica zębów u piekarzy i cukierników powstaje łatwiej przy oddychaniu ustami.

Z trzecim wpływem nosa na zęby i jamę ustną spotykamy się rzadko kiedy; jest to rozprzestrzenianie się ropienia z nosa na jamę ustną i sekwestracja podniebienia, pochodząca z nosa. Galpenin obserwował u 3-latniego dziecka ropień urazowy przegrody nosowej, którego ropa wylała się przez otwór górnego siekacza. O martwicach dna jamy górnoszczękowej jednocześnie z martwicami innych ścian wspomina Kellner. Autor dalej wskazuje na rozprzestrzenianie się opuchnięć z jamy nosowej na jamę ustną, spłaszczenie się podniebienia twardego przy nowotworach niezłośliwych (jak nap. włókniakach w wieku młodzieńczym), odpychanie podniebienia twardego przy ropniakach zatoki szczękowej, o którem wspomina wielu autorów.

Daleko liczniejsze i różnorodne są te przypadki, przy których stan patologiczny jamy ustnej i zębów odbija się na stanie nosa. Autor rozpatruje zmiany układu zawiązków początkowych zębów podług Jiffert'a, które można podzielić na: 1) odwrotny rozwój zaczątka zębowego (inwersja), 2) rozwój zębów nadliczbowych, przyczem rozchodzi się o sprawę wrastania zaczątka zębowego z jamy ustnej do jamy nosowej, zanim zamknie się szpara podniebienna, 3) przemieszczanie się kości międzyszczękowej. Rzadsze są przypadki wrastania tych zębów w zatokę szczękową, aniżeli w otwartą jamę nosową. Marschall, naprzykład, wspomina o pewnym przypadku, kiedy ząb mądrości po upływie 26 lat z zatoki Highmor'a wrósł do jamy nosowej. Zęby mleczne mogą również zbłądzić do jamy szczękowej (przypadek Helferich'a u 4-letniego dziecka, przyp. Spitzer'a, w którym ząb wywołał ropienie i przetokę szczękową). Hecht w swoim przypadku nie odrzuca możności istnienia torbieli mieszkowatej, ponieważ ropa z nosa ukazała się po dwóch latach, po usunięciu pni trzech trzonowców, a w okolicy brakującego ostatniego trzonowca znajdował się wązki kanalik przetokowy do zatoki szczękowej. Neidehöfer w swoim przypadku, w którym był również ropniak, z całą pewnością przypuszcza wrastanie zęba w zatokę szczękową; wykazuje on różnicę między takimi przypadkami a torbielami. Wszystkie

zęby, wyrznięte w zatoce szczękowej jakoteż w nosie, powstały drogą odwrotnego rozwoju zaczątka zębowego.

Na gruncie dziedzicznego syfilisu powstaje również odwrotnie rozwijający się zaczątek zębowy (Graffner). O innej przyczynie powstawania odwrotnie rosnących zębów wspomina Hirschmann: dziecko wskutek uderzenia kopytem miało wybite dwa zęby; po kilku latach jeden siekacz wrósł w jamę nosową, oczywiście z przyczyny zmiany kierunku rozwoju wskutek uderzenia. Ciekawy jest przypadek Wilms'a, którego pacjent miał nos siodełkowaty, podobny do syfilitycznego; w rozpoznaniu nie było żadnych wskazówek co do syfilisu. W przegrodzie nosowej o $1^1/_2$ cm. od dna nosa prawie wpoprzek sterczał ząb, prawdopodobnie ten, którego brakowało w wyrostku zębodołowym — $\underline{I_2}|$ i który rósł odwrotnie podczas rozwoju kości międzyszczękowej. Pacjent opowiadał, że 8 lat temu wypadł mu z nosa bez szczególnych bólów ząb, poczem w kilka godzin nos stał się siodełkowatym; oczywiście rzecz dotyczyła torbieli, która drogą ucisku pozbawiła punktu oparcia grzbiet nosa.

Baumgarten wspomina o kamyku nosowym (*rhinolith*) pochodzenia zębowego.

Choroby zębów mogą wywołać, jak wiadomo, silny nerwoból. Za przyczynę tych bólów częstokroć uważają choroby nosa, i dlatego nie należy się dziwić, iż w takich przypadkach niekiedy są operacyjnie leczone najniewinniejsze choroby nosa, gdyż stanowiący przyczynę nerwobólu ząb nie daje sam przez się ani subjektywnych ani objektywnych objawów. Müller wspomina o przypadku bólu głowy pochodzenia zębowego; w przypadku tym usunięto migdał przełykowy, lecz dopiero ból zębów zmusił do zwrócenia uwagi na zęby.

Autor dalej zwraca uwagę na choroby nosa, spowodowane cierpieniami, leczeniem oraz nienormalnością zębów. Powołuje się on na pracę R. Loos'a, objaśniającą doskonale stosunek korzeni zębowych do dna jamy nosowej i zatoki szczękowej. Loos wspomina o trzech przypadkach uszkodzenia nosa przy wyjęciu zębów. Wszystkie trzy przypadki dotyczyły przedziurawienia zatoki szczękowej podniebiennym korzeniem trzonowców, z których przy jednym było zapalenie ozębnej i został wciśnięty w zatokę szczypcami, dwa zaś inne były nadłamane. Pierwszy korzeń usunięty został ostrą łyżeczkę przez

duży otwór, drugi—przez rozszerzony zębodół, trzeci zaś wierzchołek korzeniowy wyjętego mylnie zdrowego zęba pozostawał więcej niż rok, nie wywołując żadnych objawów. Zdaniem Partsch'a i Killian'a, otwarcie zatoki szczękowej zdarza się często, lecz rzadko kiedy się je opisuje, gdyż najczęściej nie wywołuje ono żadnych objawów. Röpke wspomina, że zęby mogą wrastać w zatokę szczękową i że zęby spróchniałe, a nadewszystko towarzyszące im zapalenia ozębnej mogą wywołać nieżyt ropny śluzówki zatoki. Najdawniejsze spostrzeżenie pochodzi od Fauchard'a (1746); czy ząb, który przedostał się do zatoki wywołał ropienie w opisanym przez niego przypadku, o tem nie wspomniano. Faraustein w dwóch przypadkach ropniaka zatoki szczękowej znalazł dwa zgorzelinowe pnie, które podczas przemywania zatoki dostały się do jamy nosowej i wypadły przy wycieraniu nosa. Sternfeld wspomina o przypadku, w którym korzeń dwuguzkowca długości 1 cm. wypadł sam przez się przy wycieraniu nosa, poczem nastąpiło wyleczenie ropniaka zatoki. Takiż przyp. opisuje Hecht: u chorej podczas wyjęcia pień wepchnięty został do zatoki szczękowej; po kilku dniach wypadł on przy wycieraniu nosa (pacjentka miała więcej niż od roku ropniak zatoki szczęk.). Wied operował przypadek ropniaka zatoki szczękowej (powstałego na trzy lata przed operacją) wskutek wrośnięcia w nią $\underline{M_2}|$; ząb otoczony był ziarniną; jeden korzeń był ułamany. Otwarcie zatoki szczękowej przy wyjmowaniu zębów bez wątpienia często ma miejsce i bez wrastania korzenia lub zęba, lecz przypadki te również nie są opisywane. Partsch twierdzi, że jeżeli przypuścimy możliwość przedostawania się krwi do zatoki szczękowej i rozkładania się jej tu pod wpływem wydzielin jamy ustnej, to zakażenie ropne śluzówki w zatoce jest tylko kwestją czasu. Autor widział wiele przypadków ropienia zatoki szczękowej tego pochodzenia. Hajek nie zgadza się pod tym względem z Partsch'em i twierdzi, że samo tylko otwarcie zatoki szczękowej (bez zapalenia ozębnej) nie powoduje ropniaka. Częściej zdarza się obserwować otwarcie zatoki szczękowej przy usuwaniu ziarniniaków.

Dalsze uszkodzenia podczas wyjmowania zębów stanowią odłamanie kostnej ścianki zębodołu, pęknięcia a nawet odłamanie guza szczękowego.

Przypadków uszkodzenia dna jamy nosowej przy wyjmowaniu

zębów w dostępnej literaturze autor nie spotykał. Wyjmowanie zakażonych zębów połączone ze złamaniem stanowi przejście do specjalnych chorób nosa, wywoływanych chorobami zębów. Takie przypadki prawie zawsze pociągają za sobą zakażenie jamy nosowej. Herber, naprzykład, wspomina o przypadku, który można wytłumaczyć w duchu powyższym lub też w ten sposób, że złamanie uległo zakażeniu później, po przypalaniu kwasem karbolowym; po upływie dłuższego czasu po wyjęciu zęba, połączonego ze złamaniem, oddzielił się martwak z zębodołami $\underline{PP}|$ i połową zębodołu $\underline{C}|$, w następstwie czego płyn z ust dostawał się do nosa. Autor widział pacjenta z przetoką podniebienną, zaczynającą się od $\underline{M_1}|$, trwającą już od dawna. Jeden z dentystów wyjął ten ząb, poczem rozwinął się cuchnący ropniak zatoki szczękowej, prawdopodobnie, wskutek pęknięcia wyrostka zębodołowego, gdyż sondowanie nie wykazało połączenia z zatoką. W jednym przypadku złamanie korzenia podniebnnego $|\underline{M_2}$, z zapaleniem ozębnej doprowadziło do wytworzenia się ropniaka zatoki szczękowej.

Weise ogłosił szereg przypadków zapalenia szpiku kostnego szczęki górnej, z pośród których cztery obserwował Brown-Kelly, a przyczyną ich było zropienie woreczków zębowych. Trzeba przypuszczać, że wskutek urazu powstało rozdarcie lub ściśnięcie śluzówki jamy ustnej i kości, które ułatwiły wejście zarodnikom ropotwórczym. Takie zapalenia szpiku kostnego lub ropnie woreczków zębowych mogą otwierać się w stronę jamy nosowej (Landwehrmann).

Hajek szczegółowo odnotowywał te drogi, któremi ropienie, pochodzące z zębów, przechodzi do nosa i dodatkowych jego zatok. Główna jama nosowa podlega schorzeniu prawie zawsze wskutek zapalenia okostnej, mówiąc ściślej korzeni przednich zębów; ziarniniaki na wierzchołku korzenia tworzą takie ubytki, że niekiedy ulega otwarciu i zżarciu dno jamy nosowej lub nawet kość podlega ropnemu rozpłynięciu, które albo się rozszerza w kierunku naczyń i nerwów, lub też czasami przebija się z boku do *canalis naso-incisivus*. Tu już trzeba zwrócić uwagę na to, że rozpad miazgi zębowej pod pozornie dobremi plombami (wskutek urazu) może wywołać bez uszkodzenia zęba przetokę nosową i że z tą ostatnią chorzy zgłaszają się do lekarza wtedy dopiero, kiedy objawy cierpienia okostnej i kości wyrostka zębodołowego już dawno minęły.

Ziarniniaki niekiedy mogą być usunięte bezpośrednio z dna jamy nosowej. Pewna pacjentka zgłosiła się do autora jedynie z powodu cuchnącego ropotoku nosa; tymczasem powstałe później niż ropotok nosowy opuchnięcie podniebienia nie wywoływało żadnych zaburzeń. Inna pacjentka miała nad $\underline{|I_1}$ przetokę zębodołową, zaczynającą się od $\underline{|I_2}$, przetokę nosową na dnie dolnego przewodu nosowego i przetokę zatokową, zaczynającą się od trzonowców. Miała też ropniak zatoki szczękowej, pomiędzy którym a przetoką wychodzącą z $\underline{|I_2}$ nie było nic wspólnego.

Na szczególną uwagę zasługują septyczne zakażenia ran po ekstrakcjach, gdyż mogą one doprowadzić do zapalenia okostnej i szpiku kostnego większej części lub nawet całej górnej szczęki, a w następstwie do całkowitej lub częściowej martwicy.

Bardzo rozprzestrzenionią martwicę opisuje Mayrhofer: $\underline{1|}$ do $\underline{P_2|}$ zęby całe, lecz tkwią w martwaku, odpowiadającym przedniej ściance wyrostka zębodołowego; martwak i ziarniniak były usunięte; przetoki znajdowały się w *vestibulum oris*, pod brzegiem podoczodołowym i w lewej połowie nosa. Lichtwitz obserwował cuchnący ropotok nosowy i nosoprzełyku; boczna ścianka nosa spęczniała; cały obumarły wyrostek zębodołowy został usunięty; śluzówka zatoki szczękowej, która okazała się zdrową, została obnażona; jedna przetoka prowadziła pod dolną muszlę nosową, druga zaś do jamy noso-przełykowej. Hajek obserwował zapalenie okostnej, zaczynające się od $\underline{|I_2}$ i rozszerzające się przez *apertura pyriformis* do dna jamy nosowej. Ropień nadokostnowy pękł 4-go dnia, poczem wydzieliła się cuchnąca ropa; zatoka szczękowa nieuszkodzona; po 14 dniach część zewnętrznej ścianki dolnego przewodu nosowego uległa obumarciu, tak że powstał otwór pomiędzy nosem a zatoką szczękową.

Jeżeli proces chorobowy przenosi się z zęba do jamy nosowej, rzadko kiedy sięga on przegrody nosowej. Lange (1899) mówi, że ropień przegrody nosowej spotyka się rzadko. Widział on zaledwie 6 przypadków, Mackenzie 2, Jurasz 6, Grünwald 3, Wróblewski 13; przypadki te były pochodzenia urazowego, w ostrzejszej formie powstały na tle syfilisu lub wskutek działania miedzi, arszeniku, sublimatu. Lange nie wspomina o możności wytworzenia się ropnia przegrody nosowej z przyczyny zębów. Tischenich (1895) swój drugi przypadek poważnego zapalenia przegrody nosowej stawia

w związku z zapaleniem ozębnej górnych siekaczy. Katz twierdzi, że zakażenie, prawdopodobnie, rozchodzi się po *canalis incisivus*. Przypadek Killian'a miał przebieg bardzo burzliwy, gdyż była tu ropna torbiel korzeniowa głębokości $2^1/_2$ cm. W przypadku Ricci'ego początkowe miejsce choroby stanowił *incisivus dexter*; opuchnięcie wargi; nos uległ zatkaniu, tak że oddychanie przez nos było niemożliwe; 4-go dnia ropień otworzył się w okolicy korzenia siekacza. Autor usunął ząb i niewielki martwak; zgłębnik napotykał przegrodę nosową; ropotok z nosa trwał czas jakiś. Przy odpowiedniem leczeniu po 8 dniach pacjent wyzdrowiał. Autor obserwował obok jednego ropnia pochodzenia urazowego dwa powstałe z przyczyny zębów. U pewnego pacjenta korzeń $|\underline{I_2}$ kilka razy wywoływał ropnie podniebienia. Cięcie, wykonane w lewej połowie przegrody nosowej, wykazało obecność ropy; po usunięciu tego korzenia zgłębnik przechodził na 4 cm. wgłąb' jamy nosowej do kąta pomiędzy przegrodą i mocno spuchniętem dnem nosa.

U drugiego pacjenta korzeń $|\underline{I_2}$ wywołał zapalenie okostnej dna i przegrody nosa, które podniosło śluzówkę i zatkało zupełnie nos z prawej strony. Przy naciskaniu dna jamy nosowej wydzielała się ropa z górnej części przegrody. Po upływie pół roku samorzutnie wydzielił się martwak, który długi czas leżał obnażony prawie zupełnie i zawierał w sobie zdrowy $|\underline{C}$ i połowę zębodołu $|\underline{I_2}$.

Zatoka szczękowa bardzo często podlega schorzeniu wskutek przejścia spraw chorobowych z zębów. Killian twierdzi, że przeważna ilość spostrzeganych schorzeń zatoki górnej szczęki bierze początek z chorób zębów. Nawet chroniczne cierpienia tej zatoki częstokroć zawdzięczają swe pochodzenie zębom, chociaż o takiej etjologji często nikt nie myśli, nie umiejąc rozpoznawać chorób zębów. Przez długi czas nie przypisywano zębom właściwego znaczenia w etjologji chorób zatoki szczękowej, lecz w ostatnich czasach stale zwiększa się liczba dokładnych obserwacji, tyczących się takich chorób zatoki szczękowej, które niewątpliwie lub w znacznym stopniu prawdopodobieństwa bywają wywoływane chorobami zębów. Hajek twierdzi, że aczkolwiek choroby zatoki szczękowej są daleko częściej nosowego, aniżeli zębowego pochodzenia, jednak zębom zbyt małą przypisywano rolę. Pośród 250 przypadków ropniaka zatoki szczękowej on sam obserwował 20 niewątpliwie pochodzenia zębowego.

Rozumie się, nie zawsze można z całą pewnością ustalić zębową etjologję, pomimo obecności obumarłych zębów, pomimo fotografji za pomocą-promieni Roentgen'a, pomimo zastosowania prądu faradycznego.

Na zasadzie własnych spostrzeżeń autor uważa za niewątpliwe, iż ziarniniaki zębowe mogą powodować stan podrażnienia śluzówki zatoki szczękowej z wydzielinami surowiczemi i śluzowemi, oczekując influenzy lub czegoś podobnego, ażeby zamienić się w ropniak *(empyema)*.

Należy wspomnieć o ropieniu zatoki szczękowej, które może mieć miejsce i przy zmianach w zębach i to nietylko w przypadkach zropienia torbieli zębowych, lecz i wówczas, gdy ognisko zapalne szpiku kostnego wydziela ropę przez przetokę zatoki szczękowej, śluzówka zaś ostatniej może pozostać niezakażoną. Zapalenie surowicze zatoki szczękowej dawniej często było spostrzegane. Bez wątpienia były to przeważnie torbiele. Drogi, któremi objawy zapalenia przenoszą się do zatoki szczękowej, są dwojakie: wprost przez kość nad korzeniem, lub też drogą zapalenia okostnej. Położenie szeregu korzeni pod dnem zatoki szczękowej lub też wrastanie ich w *sinus palatinus* niewątpliwie muszą wytwarzać niebezpieczeństwo dla zatoki. Do tego przyłącza się ścisły związek naczyń zębowych z zatoką Strubell twierdzi, że odżywianie się śluzówki zatoki szczękowej, okostnej, gąbczastej części szczęki górnej oraz zębów odbywa się drogą całego systemu naczyń, który bardzo szeroko są pomiędzy sobą zespolone. Port twierdzi, że nietylko udoskonalona djagnostyka przyczyniła się do zwiększenia liczby rozpoznanych chorób zatoki szczękowej, lecz w rzeczywistości liczba ich się powiększyła i że oprócz znacznego wpływu na to influenzy, która stała się częstszą, narzuca się też i drugie przypuszczenie: czy niekiedy praktykowane przez nas zachowawcze leczenie korzeni górnych trzonowców lub drugich dwuguzkowców nie wywołuje chorób zatoki szczękowej? Wszakże Hajek i Karolyi wyjęli $|\underline{P_2}$ wraz z utkwionym na wylot miazgociągiem, wystającym na 5 mm. do zatoki szczękowej, który wywołał ropniak, chociaż pod innymi względami ząb nie wykazywał żadnych objawów chorobowych. Nawet pod widocznie dobremi plombami w zębach niepodrażnionych może znajdować się rozpadła miazga. Partsch nadmienia, że miał sposobność obserwować wiele przypadków ropienia zatoki szczękowej, w których rozpad miazgi zdarzył się pod widocz-

nie dobremi plombami i był przyczyną przetoki zatokowej, która stała się widoczną dopiero podczas wyjęcia zęba, choć ostatni, wobec braku bólu, uważany był za zdrowy. Partsch mówi dalej, że widział trzy przypadki, w których miazgociągi wprowadziły materjał ropny do zatoki szczękowej i że to samo mogą czynić i ćwieczki korzeniowe. Możliwem jest i taki przypadek, że jeden korzeń wskutek próchnicy ulegnie gniciu i zarazi zatokę, gdy reszta korzeni zachowuje jeszcze zdolność do życia i reaguje na prąd faradyczny.

Kaiser wspomina o przypadku, w którym na $|\underline{M_2}$ tylko szkliwo wydawało się nieco zmienionem, gdy tymczasem miazga okazała się rozpadłą, a zatoka szczękowa zawierała cuchnącą ropę. Reinmöller dowodzi, że ognisko ziarniniaka może być niebezpiecznem dla zatoki nawet po upływie dłuższego okresu od czasu wyjęcia odnośnego zęba, co jest bardzo zrozumiałem, gdyż wszędzie mogą być zarodki zarazy, torbiele zaś mogą się rozwijać dopiero później. W pewnym przypadku Reinmöller'a ropniak rozwinął się z ziarniniaka na tle ropotoku zębodołowego. Zupełnie odosobnionym jest przypadek Port'a, w którym ropniak pochodzenia nosowego podtrzymywany był tem, że podczas otwarcia zatoki w *fossa canina* dłutem odbity został dośrodkowy korzeń trzonowca, który zaraził zatokę. Dwa pozostałe pnie były zdrowe, i tylko przetoka korzenia skierowała rozpoznanie na właściwą drogę. Przypadek rozszerzonej martwicy zapewne wskutek zakażenia podczas miejscowego znieczulenia obserwował Port: dziąsło i wyrostek zębodołowy $|\underline{M_2}$ obumarły; martwak został usunięty, przytem otwartą została zatoka, i z niej wydzieliła się cuchnąca ropa. Na 11 przypadków ropniaka zatoki szczękowej pochodzenia zębowego raz tylko autor zmuszony był usunąć przy pomocy ostrej łyżki zewnętrzną część dna i dolną ściankę kostną *fossa canina,* ponieważ jedna i druga zniszczone były przez ziarniniaki, które zajęły całą zatokę.

Wskutek rozmiękczenia kości, tworzenia się ziarniny i ropni mogą przyjść w zetknięcie z zatoką szczękową zęby, które znajdują się nawet od niej dalej. Reinmöller obserwował przypadek wrastania w zatokę szczękową ziarniniaków kła, a Euler ogłosił pracę, w której do własnego przypadku pochodzenia urazowego dołącza siedm innych, opisanych w literaturze, w których choroba zaczynała się od siekaczy i przeszła do zatoki szczękowej. Winkler badał

pacjenta, który już od dwóch lat miał przetokę pomiędzy $\underline{1|1}$; w jamie ropnia znajdowały się otoczone ziarnianikami korzenie siekaczy i wewnętrzna strona kła. Przy wyskrobaniu ropnia obnażona została zgrubiała śluzówka zatoki.

Drugą drogą, którą ropa przedostaje się do zatoki szczękowej, stanowi okostna: ropa posuwa się albo w kierunku *fossa canina*, albo ku twardemu podniebieniu. Hajek widział kilka takich przypadków. *Fossa canina* cierpi wskutek zapalenia okostnej daleko częściej i tu do wtargnięcia ropy do zatoki szczękowej przyłącza się tak często spostrzegane samoistne przesuwanie się ropy przez policzek, t. j. powstanie przetoki policzkowej. Kaiser wspomina o dwóch przypadkach, z których w jednym do zatoki prowadziła przetoka prawej kości licowej, przyczem dno zatoki po wyjęciu zębów okazało się nietkniętem, a w drugim—z dwóch przetok pod kością licową jedna prowadziła do zatoki szczękowej. Tenże autor obserwował przypadek, w którym powstała wskutek próchnicy wszystkich mlecznych zębów przetoka pod prawym dolnym brzegiem oczodołu i prowadziła do zatoki. Wskutek zapalenia okostnej *fossa canina* i po otwarciu zatoki wydzielił się martwak, lecz stałe zęby ocalały.

Jako ostatnią postać chorób zębów, powodującą schorzenia nosa, należy wymienić *torbiele*. Gerber pierwszy zwrócił uwagę na to, że lekarz chorób nosa częstokroć pierwszy jest w stanie postawić djagnozę, jeżeli torbiel nie wywołuje żadnych objawów ze strony wyrostka zębodołowego lub twardego podniebienia, lecz tylko wywiera wpływ na dno jamy nosowej. Ogłosił on drukiem dziesięć przypadków, przyczem w niektórych torbiele zniszczyły dno jamy nosowej. Andercya obserwował torbiel, wychodzącą z $\underline{|M_2}$, która zepchnęła z miejsca dno jamy nosowej, boczną ścianę górnej szczęki i boczną ścianę jamy nosowej, ostatnią tak dalece, że muszle były zupełnie przyciśnięte do przegrody. Przypadek ten został powierzony chirurgom, którzy rozpoznali sarkomat i wypiłowali górną szczękę. W innym przypadku torbiel, która zajmowała prawie całe twarde podniebienie, zniszczyła w kilku miejscach dno jamy nosowej.

Torbiele te rosną przedewszystkiem kosztem zatoki szczękowej i niekiedy zamieniają ją w wązką szparę, która nie daje się zauważyć nawet przy operacji. Zropiała torbiel przyjmowana jest za wy-

nik zatoki szczękowej. Neidhöfer przytacza takie mylne djagnozy u wielu autorów, które nie są obojętne dla terapji, gdyż, zdaniem Partsch'a, dostatecznie szeroko otwarta torbiel ma skłonność do zmniejszania się, a zatoka szczękowa zachowuje swoją objętość.

Zwykłe, niezropniałe torbiele były opisywane wielokrotnie. Jeśli torbiel ulega zropieniu, to stan rzeczy niekiedy bardzo się komplikuje; ropa przenika do jamy nosowej, szczękowej i do przedsionka jamy ustnej; wtargnięcie ropy do zatoki szczękowej może prowadzić do poważnych djagnostycznych omyłek. *R.*

36). Prof. Cavallaro. Tytuń w profilaktyce jamy ustnej. (La Stomatologia, Deutsche Z-che Zeitung, 50 r. z.). Z obszernej pracy autora wynika, że tytuń posiada wybitne własności bakterjobójcze. Intensywność oddziaływania tytuniu zależy z jednej strony od ilości zawartej w nim nikotyny, z drugiej – od odporności bakterji; w każdym razie wyjaławia on ślinę. Ciemne zabarwienie zębów przy niedostatecznem ich pielęgnowaniu jest ogólnie znane; samym zębom tytuń nie szkodzi wcale. Wydzielanie się śliny, zwiększone przy małych ilościach nikotyny, słabnie ponownie w miarę większego dowozu ostatniej. Zapalenie dziąseł i śluzówki jamy ustnej, które przypisują u namiętnych palaczy wpływowi tytuniu, wywoływane bywają nie przez ten czynnik; jest to właściwie moment, ujawniający istniejące już skryte objawy zapalne. Również mało dowiedzionem jest, że powstawanie raka nabłonka warg lub języka znajduje się w związku z paleniem tytuniu. Ponieważ ostatni działa przeciwgnilnie w jamie ustnej, powinienby on właśnie znaleść szersze zastosowanie, jako środek zapobiegawczy. Godnym uwagi jest fakt, że dodatni wpływ tytuniu ujawnia się najbardziej w czystych, dobrze utrzymywanych ustach. *Z. F.*

37). Brodtbeck A. Światłe i ciemne strony terapji injekcyjnej w dentystyce (Schweiz. Vierteljahrsschr. f. Z-de; Deut. M-ft. f. Z-de 2 r. ub.)

Obecnie, zdaniem autora, rzadko bywa stosowana narkoza ogólna. Jeżeli zachodzi potrzeba usunięcia mniejszej lub większej ilości zębów oraz pni, jeżeli leczenie zachowawcze ze względów materjalnych lub technicznych jest wykluczone, często obecnie uciekamy się do ekstrakcji przy zastosowaniu wstrzykiwań śróddziąsłowych.

Jeśli wstrzyknięcie środka znieczulającego zrobiono starannie i prawidłowo, w większości przypadków bólu niema. Dentysta ma obecnie do rozporządzenia olbrzymią ilość preparatów do zastrzykiwania. Amputację i usuwanie miazgi, wydrążanie nadczułej zębiny i t. p. przy pomocy wstrzykiwań uskutecznia się z bardzo nieznacznym stosunkowo bólem. Szkoda tylko, że osiągane trjumfy mają tę wadę, że są źle pojmowane i nadużywane. Szablonowy sposób myślenia, szablonowe traktowanie wszelkich spraw w dziedzinie techniki wstrzykiwań zaczynają już wydawać owoce, które mogą tylko być ze szkodą dla ludzi. Niestety, niezaprzeczonym faktem jest, że współczesny wiek nerwowy produkuje takich ludzi, którzy uważają najmniejszy ból za bezwarunkowo nie do zniesienia, i pacjent zbałamucony jest do szczytu dzięki całemu legjonowi środków znieczulających. W wielu razach winnym tych nienormalnych objawów jest lekarz ordynujący, który ucieka się do wstrzykiwań często wówczas, gdy istnieje zaledwie maleńka wrażliwość zębiny. Jeśli to robią ludzie bez wykształcenia, to łatwo jest usprawiedliwić ich nieznajomością tego niebezpieczeństwa, które połączone jest z każdem wstrzyknięciem; sprawa jednak wygląda inaczej, jeśli czynią to naukowo-wykształceni specjaliści. Wielostronność niebezpieczeństwa, połączonego z terapją wstrzykiwań śróddziąsłowych, powinna być aż nadto dobrze znana każdemu specjaliście, a w takim razie stosować on nie będzie bez potrzeby wstrzykiwań często jedynie wskutek braku własnej cierpliwości, panowania nad sobą lub słabej energji. U osobników wrażliwych, albo, powiedzmy lepiej, nerwowych dają się zauważyć nawet przy wstrzykiwaniach najzupełniej niewinnych napozór preparatów przemijające zboczenia działalności serca, które powodują zawrót głowy, wymioty, omdlenia i t. p.; należy jednak mieć na widoku i ciężkie uszkodzenia nerwów, jako skutek urazu po tak zwanem znieczulaniu żuchwowem czyli przewodnem. Kokaina, nowokaina, adrenalina, suprarenina aż do fizjologicznego roztworu soli kuchennej włącznie — każdy preparat oddzielnie wykazuje *swoiste* działanie; fizjologja chemiczna daje nam pod tym względem ciekawe w kierunku ostrzegawczym objaśnienia. Przedstawiciele dentystyki współczesnej powinni przedewszystkiem wystrzegać się takich nadużyć, pamiętając, że 20 wstrzykiwań, zrobionych bez szczególnej potrzeby, sprawić mogą więcej szkody, aniżeli 20 zębów spróchniałych. Dentyści powinni na

równi z lekarzami wpływać na uświadomienie publiczności w kierunku leczniczym i dążyć do tego, ażeby nasi nerwowi pacjenci nauczyli się znosić lekki, szybko przemijający ból. Jeżeli podczas czynności naszych sami czuć się będziemy pewni siebie i indywidualizować rozmaite przypadki, wówczas osiągniemy idealne wyniki. Rzecz naturalna, że instrumentarjum gra tu główną rolę; niema słów, ażeby uwydatnić dostatecznie, ile zbytecznych cierpień można uniknąć, dzięki narzędziom, które są bez zarzutu, t. j. ostrym wydrążaczom i świdrom. Istotnie, trzeba nieraz podziwiać jak częstokroć instrumentarjum specjalisty jest niepraktycznie skompletowane i jaką zachowano tu nierozsądną oszczędność na niekorzyść pacjentów i samego specjalisty.

Autor w końcu swej pracy uważa za obowiązek wskazać przypadki, kiedy zmuszeni jesteśmy wstrzykiwać środek znieczulający, który, wobec względnej nieszkodliwości, powinien być postawiony na czele wszelkich preparatów do wstrzykiwań; środkiem tym jest *nowokaina* (z supreniną). Preparat ten w praktyce zębolecznicze] jest bezwarunkowo najlepszę zamianę kokainy; nie drażni i mniej jest trujący. Znieczulenie co prawda następuje nieco wolniej, aniżeli przy domieszce adrenaliny, lecz za to snprarenina odznacza się trwałością, czystością i zachowaniem swej zdolności działania na dłuższy okres czasu. Na mieszaninę tę zwrócił również uwagę E. Bollmann (Interlaken); stosował on ten rozczyn w kilku tysiącach przypadków i nie zauważył najmniejszych oznak intoksykacji. I własne spostrzeżenia autora najzupełniej potwierdzają zalety tych preparatów chemicznych. Samo się przez się rozumie, że dawka powinna zupełnie odpowiadać stanowi organizmu danego pacjenta; u słabych dzieci możliwy jest pomyślny wynik nawet przy 0,5°/₀ rozczynie. W ostatnich czasach dr. Guido Fischer robił próby z rozczynami (0,5°/₀ do 1,5%) nowokaino-tymolu; wyniki tych prób ogłoszone zostały przez H. Bünte'go i H. Moral'a w bardzo ciekawej pracy pod tytułem: „Badania dotyczące osmotycznego ciśnienia niektórych miejscowo znieczulających środków". Pracę tę bardzo ścisłą i mającą wielkie znaczenie w terapji zastrzykiwań można polecać każdemu praktykowi jako jedną z najlepszych w tym zakresie). *R.*

38). Dr. Kunert (Wrocław) **Wypróbowane sposoby robót mostkowych** (Deut. Mft. f. Z-de 11 r. z.).

Szybki postęp dentystyki w ostatnich latach odbił się w pewnym stopniu i na technice dostawkowej. Jeszcze przed dziesięciu laty w dziedzinie tej znane były tylko jednolite koronki oraz dostawki płytkowe. Obecnie zaś roboty mostkowe, jeśli nie stały się własnością ogółu, to przynajmniej znajdują szerokie zastosowanie. W praktyce liczne systemy i odmiany tego sposobu wyrabiania dostawek czynią trudnym wybór odpowiedniego typu roboty do tego stopnia, że mimowoli zmuszonym się jest czerpać wiadomości z własnego doświadczenia, ma się rozumieć, na rachunek swoich pacjentów, a zdarzające się przytem niepowodzenia i komplikacje mogą w rezultacie zmusić do zupełnego zaniechania robót mostkowych. Bo w tej właśnie dziedzinie techniki dostawkowej jest jeszcze wiele niewyjaśnionych punktów; tylko wypróbowane, pewne sposoby dają dodatnie wyniki.

Po wielu niepowodzeniach i rozczarowaniach autor wyróżnił niektóre sposoby wyrabiania dostawek za pomocą mostków; przy pewnej technicznej wprawie zapewniają one możliwie dodatnie wyniki.

Dobrym dostawkom stawiamy następujące wymagania:

1) Obok bezwarunkowej trwałości pod względem technicznym powinny one mocno opierać się na dostatecznej ilości możliwie równomiernie położonych punktów oparcia, a jednocześnie powinny się dawać łatwo usuwać przez dentystę i naprawiać we wszystkich częściach.

2) Budowa mostków powinna być taką, ażeby zapalenie ozębnej w jednym punkcie oparcia nie stanowiło niebezpieczeństwa dla całej dostawki, a zatem sposób przyczepiania ich nie powinien przeszkadzać zwykłemu leczeniu.

3) Nie powinny one się odróżniać pod względem kosmetycznym.

4) Nie powinny szkodzić zębom, służącym do zaczepiania, ani korzeniom, ani też którymkolwiek innym zębom.

Najważniejszem zadaniem przy decydowaniu kwestji tej lub innej roboty mostkowej jest wybór pewnego oraz odpowiadającego przeznaczeniu sposobu umocowania. Dostawka mostkowa, pod którą po 2—3 latach powstaje próchnica, a zatem następuje zniszczenie zębów i pieńków, służących jako oparcie, wątpliwą przyniesie korzyść pacjentowi, aczkolwiek początkowo dostawka ta mogła go zadowalać. To samo powiedzieć można o takich mostkach, przy któ-

rych nie zwrócono należytej uwagi na tak ważny czynnik, jak siła ciśnienia podczas żucia, która wywołać może w bardzo krótkim czasie rozluźnienie zaczepów (filarów).

Wyrabiając początkowo wyłącznie stałe dostawki mostkowe, wskutek szeregu niepowodzeń, autor doszedł do przekonania, że tylko pełne koronki oraz koronki Richmond'a zasługują na zaufanie pod względem umocowywania na czas dłuższy. Tak zwany ćwiek Rhein'a t. j. wkładka z grubym ćwiekiem, stosowana zwykle do przednich zębów, daje niekiedy dodatni wynik i odwrotnie—czasami rozluźnia się w bardzo krótkim czasie. Takie przypadki są bardzo niepożądane, ponieważ wymagają usunięcia roboty i przygotowania na nowo niektórych jej części. O niepowodzenia te nie można obwiniać sposobu umocowywania, lecz należy szukać przyczyny albo w nieprawidłowem przygotowywaniu otworu lub też niedostatecznie starannem cementowaniu. Zasuwka Sandbloom'a nie była jeszcze podówczas znana, w przeciwnym bowiem razie zaliczyłby ją autor do najpewniejszych sposobów umocowywania dostawek mostkowych.

Obecnie, gdy już od 4 — 5 lat autor wyrabia przeważną ilość drobnych a wszystkie większe dostawki mostkowe do zdejmowania, uważa on za najpewniejsze sposoby umocowywania: pełną koronkę, koronkę Richmond'a, zasuwkę Sandbloom'a oraz ćwieczek Rhein'a, mianowicie:

a) dla przednich zębów — koronkę Richmond'a, zasuwkę Sandbloom'a i ćwieczek Rhein'a;

b) dla dwuguzkowców — koronkę pełną, koronkę Richmond'a i zasuwkę Sandbloom'a,

c) dla trzonowców — koronkę pełną i koronkę Richmond'a.

Wielkość dostawki mostkowej (2—3 lub więcej zębów) ma w tym przypadku również pewne znaczenie. Nie zaleca się więc przy dużej ilości punktow oparcia (filarów) zaopatrywać przedni ząb w zasuwkę, gdyż utrudnia to w znacznym stopniu zakładanie dostawki mostkowej; zastosowanie zasuwki do dwuguzkowca w tym przypadku powinno być też dokładnie obmyślane.

Zasuwka Sandbloom'a jest dobrym sposobem umocowywania, przeważnie w dostawkach mostkowych z małą ilością filarów, t. j., w najczęściej spotykanych przypadkach: ząb mądrości—dwuguzkowiec, lub 2-gi trzonowiec—kieł, i t. p. Najodpowiedniejszym dla zasuwki

Sandbloom'a zębem jest kieł. Siekacz zastosować można tylko przy pełnej koronce. Z pośród dwuguzkowców odpowiednim do tego użytku jest pierwszy, gdyż do drugiego, jeżeli przy nim są zęby, trudno jest zasuwkę dokładnie dopasować.

Główny zasadniczy warunek dla robót mostkowych stanowi dostateczna ilość równomiernie położonych punktów oparcia. Wogóle, powiedzieć można, że duże mostkowe dostawki, które wytrzymują ciśnienie szeregu zębów, są znacznie trwalsze od niewielkich, jednostronnych, o 2-ch punktach oparcia.

Równomierne rozlokowanie punktów oparcia gwarantuje dostawkom mostkowym niezbędną trwałość. Pożądanem jest istnienie punktów oparcia na końcach dostawki mostowej. Wogóle, nie zaleca się przyczepiać więcej jak jeden ząb bez łącznego łuku do przeciwnego brzegu dostawki, powstrzymującego ruchy boczne ostatniej, a nawet przy przestrzeganiu tego warunku nie należy przyczepiać więcej jak trzy zęby. W praktyce często się zdarza, że pacjenci, nie życząc sobie nosić dostawki na płytce, żądają jednak roboty mostkowej, nie bacząc na niedostateczną ilość i nierównomierne położenie punktów oparcia. W tych warunkach uprzedzenia pacjenta możliwe jest pewne ryzyko. Autor wykonał dla pewnej pacjentki dostawkę mostkową do zdejmowania z 12 zębami, umocowując ją na zupełnie obluźnionych 3, 2, 1 | 3. Koronki Richmond'a na 3, 2, 1 | były razem zlutowane. Przypuszczał on, że robota wytrzyma ze dwa lata; przypuszczenia sprawdziły się, pacjentka bowiem nosi dostawkę jeszcze po upływie $2^{1}/_{2}$ roku. W innym przypadku pewien pacjent zgodził się na termin 3—5-letni, byle tylko uniknąć płytkowej dostawki górnoszczękowej. Mostkową dostawkę przygotował autor dla całej górnej szczęki na 8, 3 | 2 przy obluźnionym | 2.

Rozumie się, były to wyjątkowe przypadki, zwykle zaś dla stałej dostawki mostkowej do całej szczęki górnej potrzeba najmniej 4 pewnych punktów oparcia. Nieznaczne obluźnianie się zębów oparcia nie ma zasadniczego znaczenia, ponieważ wiadomo, że takie zęby, o ile są unieruchomione, mogą służyć długie lata. Nawet silnie obluźnione zęby, wsparte przez mostki, zwykle trzymają się lat kilka.

W celu przygotowywania zęba do zasuwki autor nie używa przyrządu Sandbloom'a, a stosuje okrągłe i szczelinowe świdry (Fissurbohre), jak również krążki karborundowe. Przedewszystkiem ze-

szlifowywuje on kły ze strony stycznej i językowej na grubość złota, a na dwuguzkowcach — językową połowę powierzchni żującej. Następnie wyświdrowywuje wązkie wyżłobienie na przylegających powierzchniach za pomocą szczelinowych świdrów o poprzecznych nacięciach, a na powierzchni żującej zapomocą krążków karborundowych. Wyżłobienie powiększa do potrzebnej głębokości i szerokości, bacząc na to, ażeby w kierunku do powierzchni żującej obie przylegające brózdy cokolwiek stykały się w podłużnej osi zęba. Wówczas listkiem platynowo-złotym № 60 zdejmuje wycisk ze wszystkich 3-ch brózd jak przy wkładkach porcelanowych przy pomocy hubki i gładzideł Do otrzymanego wycisku przygina się odpowiedniej grubości złoty drut i zalewa się 20-karatowem złotem. Otrzymawszy w ten sposób ściśle dopasowaną do brózd przekładnię, zdejmuje on wraz z nią z zęba wycisk gipsowy. Na przygotowanym modelu gipsowym ze strony języka, przy szyjce zęba gips cokolwiek ścina, ażeby odlewana ścianka językowa podchodziła pod dziąsła. W końcu przekładnię oraz ściankę językową lutuje, i otrzymuje się w ten sposób dokładną zasuwkę. Przy wyrabianiu zasuwek i pełnych koron do trzonowców, autor zazwyczaj nie usuwa miazgi, tylko zatruwa ją przy przygotowywaniu pełnych koron u osób w młodym wieku. U osób starszych, u których można spodziewać się zwężenia kanałów i wytworzenia się zębiny zastępczej, nie usuwa on miazgi nawet i w dwuguzkowcach. Przygotowując trzonowce oraz dwuguzkowce do koron, przypiłowywuje je przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego, następnie wyciera je 30% rozczynem *argentum nitricum* i przypala żegadłem, ażeby otrzymać strup zewnętrznych zakończeń włókien zębinowych. Jeżeli z czasem miazga któregokolwiek zęba ulegnie obumarciu, nie zdejmując dostawki mostkowej, przeprowadzamy leczenie zęba, prześwidrowawszy powierzchnię żującą korony.

Stosując koronki Richmond'a, ćwieczki Rhein'a oraz zasuwki Sandbloom'a, autor wyrabia dostawki mostkowe zawsze do zdejmowania, przy pełnych zaś koronkach *prawie* zawsze do zdejmowania. Przy koronkach Richmond'a na dwuguzkowce i trzonowce przyrząd do śrubowania przylutowywuje się do pochewki na korzeniu; to samo się robi przy koronkach Richmond'a do przednich zębów, jeśli pozwala na to zgryz, w przeciwnym razie przyrząd ten zagłębia się w korzeń tak, że stanowi on jakby część ćwieka korzeniowego. W tym

ostatnim przypadku robota wielce się komplikuje. Korzeń u góry wydrążamy o tyle, ażeby uzyskać miejsce dla nakrętki (muterki), którą możliwie najwięcej umieszczamy po stronie językowej, pod kątem rozwartym do ćwieka korzeniowego, ażeby zarezerwować miejsce dla przystawianego zęba. Po nałożeniu obrączki korzeniowej w dołek dla nakrętki wpychamy listek platynowy № 50, przez który wprowadzamy do kanału ćwiek korzeniowy i zdejmujemy wycisk. Następnie lutujemy razem ćwiek, nakrętkę i kapkę na korzeń.

Jedynie niewielkie dostawki mostkowe, umocowywane przy pomocy pełnych koron, autor wyrabia nie do zdejmowania. Takie dostawki łatwo wyjmują się do naprawiania po rozcięciu koron specjalnemi szczypcami White'a. Niekiedy kombinuje on sposoby umocowywania, wyrabiając koronki Richmond'a, zasuwkę Sandbloom'a i ćwieczek korzeniowy Rhein'a do wkręcania, pełne korony zaś nie do zdejmowania.

Dobra robota mostkowa powinna być bezwarunkowo trwała, za wyjątkiem przypadków złamań licówek porcelanowych; złamania części metalowych nie mogą mieć miejsca. Przy masywnych powierzchniach żujących złamania takie są niemożliwe; należy tylko zwracać uwagę na słabsze punkty dostawki, t. j. na połączenia z koronami, które należy przygotowywać w taki sposób, ażeby cokolwiek obejmowały korony ze strony policzkowej i językowej. Najczęściej możliwe są złamania mostków siodełkowatych z rurkowatymi zębami. W tych razach potrzeba stale wzmacniać językową i policzkową powierzchnię, zęby zaś umieszczać w złotych pochewkach, a to dla równego podziału ciśnienia w celu uniknięcia przypadkowych złamań ćwieczków; toż samo przestrzegać należy i przy zębach bezzaczepkowych.

Jedynie przy zastosowaniu tych dwóch sposobów autor nie wyrabia masywnych złotych powierzchni żujących dla trzonowców. Co do zdatności w tym celu bezzaczepkowych zębów nie posiada on jeszcze dostatecznego doświadczenia, ażeby wypowiedzieć się stanowczo. Zastosowanie rurkowatych zębów pożądane jest przy wysokim zgryzie, gdy niema potrzeby spiłowywać je nizko. Wogóle można powiedzieć, że złamania rurkowatych zębów są zjawiskiem dość częstem. Co do autora osobiście, to we wszystkich przypad-

kach przekłada on jednak stosowanie masywnych powierzchni żujących ze złota.

Że przy sposobie do odśrubowywania łatwe jest szybkie wyjmowanie dostawki mostkowej z ust, rozumie się bez wszelkich dowodzeń. A zatem i wszelkie naprawy jej, jako to złamania porcelanowych licówek, są w znacznym stopniu ułatwione. W razie przypadkowego obluźnienia koronki Richmond'a lub ćwieczka korzeniowego Rhein'a naprawy takie również nie przedstawiają znacznych trudności. Aby uniknąć częstych odłamywań licówek porcelanowych, najlepiej jest zeszlifowywać zęby porcelanowe pochyło ku brzegowi siecznemu w kierunku zaczepek. W ten sposób siła ciśnienia koncentruje się na złocie, samo zaś złoto jest niewidoczne. Przypadki obluźniania się pełnych koron i nakrywek korzeniowych autor obserwował dawniej, gdy wywiercał w nich otwory dla ujścia zbytecznego cementu. Źródło tego zjawiska, według niego, zależy albo od niedostatecznego przepychania cementu do kanału korzeniowego, lub też od obluźnienia się złotej plomby, przykrywającej te otwory, z następnem stopniowem rozpuszczaniem się płynnie rozrobionego cementu. Obecnie autor nie stosuje wcale takich otworów do wydalania zbytecznego cementu, lecz poprostu rozrabia cement rzadszy, ażeby zbyteczna jego ilość mogła swobodnie wydalić się z pod obrączki. Przy tym sposobie nie zauważył on obluźniania się koron lub nakrywek. Zapalenie ozębnej przy jednym z filarów dostawki mostkowej po upływie pewnego czasu jest również wypadkiem bardzo niepożądanym. Zatem sposób umocowywania jej powinien być taki, ażeby pozwalał na leczenie. Wychodząc z tego założenia, autor nakłada na trzonowce i dwuguzkowce wyłącznie pełne koronki z przylutowanem z boku przyrządzeniem do wkręcania. W przypadku zgorzeli zęba, leczonego przed nałożeniem koronki, autor przeprowadza leczenie, prześwidrowując koronkę; to samo czyni przy uprzednio leczonych już wogóle zębach. Do plombowania kanałów autor używa parafiny. Leczenie zębów z zasuwką Sandbloom'a, oczywiście, nie przedstawia wielkich trudności.

Mając przy wykonywaniu dostawek mostkowych na uwadze głównie ich trwałość, nie powinniśmy jednakże szczególnie u kobiet ignorować wymagań kosmetycznych. W górnej szczęce zadanie to jest łatwe do osiągnięcia, lecz nie jest tak proste w stosunku do

szczęki dolnej, widocznej przy otwieraniu ust. Dlatego też dla dolnej szczęki bardziej pożądane jest stosowanie rurkowatych i bezzaczepkowych zębów, których naprawa w razie przypadkowych złamań jest łatwa.

Wymaganie, ażeby dostawka mostkowa nie wywierała szkodliwego wpływu ani na zęby, służące, jako oparcie, ani na jakiekolwiek inne zęby w jamie ustnej, jest zrozumiałe samo przez się. Na tem właśnie polega cała wyższość robót mostkowych nad dostawkami płytkowemi. Pomimo to dotychczas wielu jeszcze popełnia błędy w tym kierunku, nieodpowiednio przygotowując zęby do oparcia, niedostatecznie umocowując dostawkę mostkową, używając zakrętek (klamer) i t. p. O przygotowywaniu zębów i korzeni do koron i t. d. autor nie mówi, gdyż uważa to za ogólnie znane.

Jako konieczny warunek przy wykonywaniu pełnych koron dla trzonowców i dwuguzkowców autor uważa przyszlifowywanie ich do objętości szyjek. Tak często praktykowane minimalne przyszlifowanie zęba zawsze wywiera ten skutek, że obrączka zbyt mało podchodzi pod dziąsło. W takich razach obrączka leży na dziąśle, cement zaś szybko wymywa się, co stanowi najpoważniejszy czynnik, sprzyjający wstawaniu próchnicy. *R.*

BIBLJOGRAFJA.

Prof. W. D. Miller. **Podręcznik zachowawczego zębolecznictwa (Rukowodstwo konserwatiwnawo zubowraczewanja).** *Przerobił prof. uniwersytetu berlińskiego, dr. med. W. Dieck. Z 501 rys. w tekście. Przetłumaczył z niem. na rosyjski język dr. A. Fejnberg, uzupełnił dr. med. H. Semionow. Nakł. czasopisma „Prakticzeskaja medicina (W. S. Etinger. Petersburg, Niżegorodzkaja № 13). Str. 447. Cena rb. 3 k. 25.*

Praca powyższa stanowi III wydanie rosyjskie przetłumaczonego z niemieckiego dzieła zmarłego prof. W. D. Miller'a p. t. „Lehrbuch der konservierenden Zahnheilkunde“, które doczekało się już w języku niemieckim 4-go wydania. Powodzenie, jakiem dzieło to od dawna się cieszy, dostatecznie świadczy o istotnej wartości jego. Dzieło — jest to podręcznik, napisany przez dobrze znaną powagę na polu dentystycznem. W niem czytelnik, czy to student dentystyki, czy też dentysta-praktyk, znajdzie bardzo wiele wiadomości,

niezbędnych w praktyce codziennej. O dziele wiele tu mówić nie będziemy; nazwisko autora, prof. Millera, dostatecznie przemawia za jego wartością. Mamy tu wiadomości praktyczne, oparte na ścisłych danych naukowych. Wszelkie inowacje, ulepszenia oraz nowe metody leczenia, będące owocem ostatnich badań naukowych, uzupełnione zostały przez również dobrze znanego na polu dentystyki prof. Dieck'a. Uzupełnienia te dotyczą instrumentarjum, materjałów do plombowania, badań z różnych dziedzin zębolecznictwa, znieczulania miejscowego, plombowania wkładkami i t. d.

Podręcznik podzielony jest na V działów, z których każdy obejmuje odnośne gałęzie zębolecznictwa. Dział *pierwszy* omawia terapję ubytków twardych tkanek zęba—bez plombowania i drogą plombowania tóżnymi materjałami, instrumentarjum dentystyczne, badanie zębów spróchniałych (w j. ustnej), kataforezę, plombowanie różnych ubytków, wtórną próchnicę i t. d. *Drugi* dział dotyczy terapji miękkich tkanek zęba (pulpitis, gangraena pulpae, rezekcja korzeni, plombowanie kanałów, pericementitis, ropotok zębodołowy, „ból zęba" i t. d.). Dział *trzeci* obejmuje czyszczenie zębów. Dział *czwarty* omawia sprawę zapobiegawczego leczenia zębów. Ostatni (5) dział obejmuje leczenie zębów mlecznych oraz jako dodatek— wkładki złote.

Techniczna strona wydawnictwa bardzo staranna. Obfitość rysunków znacznie ułatwia zrozumienie tekstu. Jako na gruby tom cena jest względnie nizka. *K.*

Nowe leki.

1) Jodglidyna w dentystyce. Jodglidyna jest to nowy preparat jodu do wewnętrznego użytku, wprowadzony do handlu przez firmę *dr. Volkmar Klopfer* (Drezno—Leubnitz). Zawiera on białko roślinne, nie drażni śluzówki przewodu pokarmowego i nie wywiera działania ubocznego, właściwego tego rodzaju preparatom wogóle. Wskazania do stosowania jodglidyny są różnorodne: zwapnienie tętnic, zołzy, wole, syfilis trzeciorzędowy, reumatyzm i in. W jodglidynie jod związany jest z białkiem roślinnem w ten sposób, że odszczepianiu ulega on przeważnie w jelitach i wsysa się powoli w ciągu 24 godzin. Białko roślinne, wolne od nukleiny, łatwo się trawi. Pierwsze ślady jodu w moczu ukazują się dopiero po kilku godzinach, podczas gdy przy stosowaniu jodku potasu stwierdzić je można już po upływie

5 minut. Powolne wsysanie się jodglidyny jest jej własnością dodatnią, ponieważ dzięki temu zjawisku usunięte zostało uboczne działanie jodków alkalicznych — jodzica, będąca następstwem szybkiego wsysania się jodu i nagromadzania się go w ustroju przy dużem dawkowaniu.

W zębolecznictwie jodglidyna okazuje dobre usługi, jako środek przyśpieszający wessanie się wysięków przy wszelkich procesach zapalnych, świeżych lub zastarzałych. Leniwie postępujący rozwój wsteczny uległych zgrubieniu ozębnej i zębodołu, będących wynikiem przewlekłego periostitu i nie poddających się leczeniu pomimo należytego odkażania kanału korzeniowego i odpowiedniego plombowania tegoż, daje lepsze wyniki przy stosowaniu jodglidyny. Świeże obrzęki również szybciej ulegają wessaniu. Sposób użycia prosty: dziennie 2 tabletki jodglidyny, zawierające po 0,05 jodu, jedna w godzinę po śniadaniu, druga—w godzinę po obiedzie.

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Echo V Międzynarodowego Zjazdu Dentystycznego**, odbytego przed 2-ma laty w Berlinie. Jeneralny sekretarz zjazdu, dr. Schaeffar-Stuckert prosi nas o zakomunikowanie, że druk I cz. sprawozdania zjazdu (Verhandlung des V Internationalen zahnärztlichen Kongresses) wkrótce będzie ukończony. Opóźnienie ukończenia druku nie zależy od niego, ponieważ przeznaczone do wydrukowania prace napływają bardzo powoli, a sprawozdania sekcji dotychczas nie zostały nadesłane. Z drugiej strony — przygotowywanie klisz do odnośnych rysunków również wymaga dużo czasu. Dr. Schaeffer-Stuckert spodziewa się, że nadmienione sprawozdanie w niedługim czasie będzie dostarczone uczestników wspomnianego zjazdu.

= **I Zjazd lekarzy prowincjonalnych** odbył się w Łodzi w dn. 4 i 5 VI r. b. Zjazd rozpoczął się w niedzielę dnia 4 VI o godz. 8 r. Uczestnicy zwiedzili szpital dziecięcy Anny Marji, szpital ewangielicki, powiatowy, starozakonnych, dla zakaźnych, lecznicę prywatną inhalatoryczną, przychodnię ligi przeciwgruźliczej i pogotowie ratunkowe. Otwarcie Zjazdu nastąpiło o godzinie 11 r., na którem od-

były się wybory prezydjów; następnie uczestnicy podzielili się na 3 grupy, na których odbyły się jednocześnie posiedzenia z dziedziny medycyny wewnętrznej, chirurgji i medycyny publicznej. Posiedzenia odbywały się dwa razy dziennie. Wielu uczestników przybyło z najdalszych zakątków Królestwa. W pierwszym dniu w obradach przyjmowało udział 187 lekarzy z prowincji, wieczorem zgłosili się jeszcze nowoprzybyli. Na prezesa honorowego Zjazdu wybrano zasłużonego lekarza i pracownika na polu naukowem d-ra Władysława Biegańskiego z Częstochowy.

Zjazd zakończył swą pracę szeregiem uchwał w sprawach najdonioślejszych, dotyczących: podniesienia szpitalnictwa w Królestwie, wyszukiwania i wskazywania dróg do przeprowadzenia zmian w kierunku ulepszenia szpitalnictwa, zakładania w miastach powiatowych szpitali dla dzieci z uwzględnieniem współczesnych wymagań wiedzy, dalej—warunków pracy lekarzy prowincjonalnych, stosunków lekarzy do siebie i do pacjentów, celowej organizacji pomocy lekarskiej w naszym kraju, rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego i lekarsko-administracyjnego, pomocy fabryczno-lekarskiej, ekspertyz lekarskich, utworzenia biur ekspertyz lekarskich, spraw etyczno-zawodowych, pomocy lekarskiej w szkołach początkowych, spraw walki z chorobami zakaźnemi i t. d. Przyszły, drugi zjazd lekarzy prowincjonalnych w Królestwie Polskiem postanowiono zwołać za 3 lata w Lublinie.

Komitet organizacyjny opracuje stałą ustawą zjazdów. Odbyty zjazd odznaczył się nadzwyczajną intensywnością pracy i zaznaczył bardzo poważną działalność lekarzy prowincjonalnych.

= **25-letni jubileusz T-wa Lekarskiego w Łodzi** uroczyście obchodzono w dniu 3 VI r. b. o godz. 7 w. Na uroczystość tę przybyło 220 osób. Ustawa T-wa zatwierdzona została 12 września 1886 r. Upamiętnieniem jej rocznicy był odbyty w tem mieście I Zjazd lekarzy prowincjonalnych. Z okazji jubileuszu T-wo mianowało członkami honorowymi pewną liczbę powag na polu lekarskiem z Królestwa, Galicji i Poznańskiego.

= **Dobry projekt.** W Łódzkiem T-wie Odontologicznem powstał projekt utworzenia kursów praktycznych techniki protetycznej (dla członków T-wa). W tym celu wyłoniona została odnośna komi-

sja w celu rozpatrzenia rzuconych w tej sprawie projektów. Kurs ma być podzielony na kilka działów, których kierownictwo obejmą starsi koledzy (bezinteresownie). Wobec tego, że młodsza generacja przedstawicieli naszej specjalności, wskutek wadliwego sposobu nauczania techniki dentystycznej w naszych szkołach, słabo obeznana jest z tą gałęzią dentystyki co znowu sprzyja rozwielmożnieniu się techników dentystycznych, rzeczony projekt ma właśnie na celu zwalczanie tej epidemji drogą nauczania mało obeznanych z różnemi metodami techniki protetycznej. Projektowi należy przyklasnąć.

═ **Warszawskie T-wo. Odontologiczne.** W dniu 1/VI r. b. odbyło się porządkowe zebranie, na którem kol. Goldberg wygłosił odczyt p. t. „Epulis sarcomatosa", w którym zaznaczył, że w jamie ustnej zdarzają się epulis fibromatosa, sarcomatosa i torbiele, że przyczyny powstawania ich są nieznane, dalej — że usadowione są pomiędzy dwoma dwuguzkowcami i że leczenie odbywa się drogą operacji.

Następnie kol. Goldberg przedstawił 2 modele, ilustrujące jeden przez siebie operowany przypadek, a drugi przez lekarza. Operacji dokonał sam, drogą cięcia bisturem w formie trójkąta aż do kości i następnie wypalił żegadłem.

Kol. Zieliński nadmienił, że w jamie ustnej zdarzają się rozmaite nowotwory i na różnych miejscach, że oprócz epulidów, zdarzają się brodawczaki, gruczolaki, raki, włókniaki, kostniaki i inne. Mogą one być pochodzenia nabłonkowego lub z łącznotkankowego, że należy je podzielić na łagodne i złośliwe. Przyczyną sprzyjającą powstawaniu ich mogą być drażnienia różnego rodzaju (zepsute zęby, ostre korzenie i t. d.). Punktem wyjścia epulidów może być dziąsło, periosteum i szpik kostny. Co do leczenia epulidów, to jest to tylko możliwem na drodze operacyjnej; kol. Zieliński zaznaczył, że wycięcie epulidów do dziąsła a nawet do kości i wypalenie nie jest wystarczającem nawet przy epulidach łagodnych i że konieczne jest wycięcie odpowiedniej części kości (zębodołu na przestrzeni mniej więcej 2—3zębów) wraz z okostną; przy dużych sarkomatach potrzebna jest nawet resekcja szczęki i że wskutek tego operację *koniecznie* wykonać powinien chirurg a *nie* dentysta.

— **Liczba szkół dentystycznych oraz studentów dentystyki w Rosji,** zgodnie ze sprawozdaniem Ministerjum Spraw Wewn., do początku r. b. wynosiła: szkół dent. 24, studentów — 3625.

— **Bezpłatną klinikę dentystyczną** dla dzieci szkół miejskich (ludowych) otwarto we Frankfurcie n. M.

— **Nowy organ lekarski.** W Krakowie zaczęło wychodzić nowe pismo lekarskie jako dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym i hygienie społecznej. Nowe pismo jest organem Związku krajowego lekarzy Galicji i Wielkiego Księstwa Krakowskiego oraz Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Przedpłata wynosi rocznie 5 koron. Redakcja mieści się przy ul. Radziwiłłowskiej № 4, administracja — Mały Rynek 4.

— **Bezpłatna poliklinika dla dzieci szkół miejskich i ludowych.** W Odesie, jak podają „Odeskija Nowosti“ z funduszów, zaofiarowanych rowe przez p. Sergiejewową i jej syna, otwarta będzie I-a w Rosji bezpłatna poliklinika dla uczniów szkół miejskich i ludowych.

— **Czy lekarz może zabrać „w zastaw“ pacjentowi jaką rzecz?** Z okazji wypadku, który się wydarzył w Berlinie (lekarz zabrał chorej jej trąbkę-słuchawkę) omawia tę kwestję dr. Flügge w Deut. Med. W-ft. (1910 nr. 7.). Otóż podług § 229 B. G. B. lekarzowi wolno zafantować jakąś rzecz pacjenta, ale taką, która po pierwsze nie przenosi wartości żądanego honorarjum, a dalej — która na razie choremu nie jest niezbędnie potrzebna. Nie wolno więc fantować n.p. w zimie futra, dalej okularów, kul i t. p. Dlatego też lekarz ów nie powinien był zabrać trąbki słuchowej chorej, jako rzeczy niezbędnej, lecz ewentualnie coś innego. Na pierwszy rzut oka wydaje się to rzeczą bardzo dziwną i może nieetyczną, by lekarz uciekać się musiał aż do takich czynności. A jednakże inaczej nie zapobiegnie lub zabezpieczy się lekarz przed nadużyciami. Były przecież przypadki, że chorzy nietylko że nie płacili, ale jeszcze „chwilowo“ pożyczali od lekarzy pieniądze, palta i t. p., a potem znikali bez śladu. Do lekarza zjawiają się ludzie zupełnie nieznani. Zapisanie adresu nie wiele pomoże, bo zwykle „zarywający“ podają fałszywy adres, albo też są to ludzie przejezdni. Zapobiedz możnaby temu jeszcze może najlepiej, żądając od nieznajomych a zwłaszcza obcych z góry zapłaty, choć lekarz narazi się przez to nieraz na „obrazę“ i posądzenie o chciwość (Now. lek.).

= **Liczba lekarzy w Rosji i za granicą na ilość mieszkańców.** -Liczebność lekarzy w Rosji i w państwach zachodnio-europejskich, podług danych zebranych, przez d-ra Nikolskiego ze źródeł urzędowych, przedstawia się jak następuje: na 1 lekarza w Szkocji przypada 1240 mieszkańców, w Anglji 1400, we Włoszech 1580, w Irlandji 1600, w Szwajcarji 1640, w Belgji 1790, w Norwegji 1880, w Danji 1920, w Niemczech 2000, we Francji 2150, w Anglji 2220 i w Rosji 6250! Ilość osób, które otrzymały dyplomy lekarskie w uniwersytetach rosyjskich, zmniejszyła się stopniowo z 1132 osób w r. 1897 do 798 w r. 1907. Umiera rocznie średnio około 400 lekarzy. Ogółem było lekarzy w 1909 r. w Rosji 24,787, w Niemczech 31,969, w Anglji 25,398, we Włoszech 21,018, we Francji 18,211 i w Austrji 12,198 („Russkij Wracz").

= **„Ludzkość"**. Po takim tytułem zaczęło wychodzić nowe pismo, jako organ Stowarzyszenia przyjaciół pokoju. Redaktora podpisuje dr. Wł. Światopełk-Zawadzki, wydawcą jest dr. St. Kochanowicz. Pismo tymczcsowo wychodzi raz na kwartał. Prenumerata wynosi rb. 1 rocznie, z przesyłką — rb. 1 kop. 30. Adres red.: Warszawa, ul. Marszałkowska 76, administracji — Krakowskie Przedmieście № 66.

= **Dentaesthin** składa się z: 1 ccm. fizjologicznego rozczynu soli kuchennej, zaw. 0,015 nowokainy i 0,05 suprareniny syntetycznej. Stosuje się do wstrzykiwań śróddziąsłowych (Riedel's Bericht).

= **Novodont** — są to tabletki, zawierające rozpuszczalne w wodzie tymol oraz olejki eteryczne. Stosuje się w rozcieńczeniu do płukania ust (Riedel's Bericht).

= **„Oristol"**. Znajdujące się w handlu pod taką nazwą „krople od bólu zębów" składają się z: mentholi, orthoformii, bals. peruwiani — aa 1,0; ol. caryophyllorum 2,0; camphorae, kreozoti — aa 0,5; alcoholi abs. 10,0.

Odpowiedzi Redacji.

Kol. H. Roz., Leop. Chm. i Hil. Mal. Z nadesłanego listu nie skorzystamy, a to dlatego, że tchnie on wprost naiwnością i nie dotyczy *wcale* tytułu, przeciwko któremu notatka była skierowana. Na nowy oryginalny tytuł słusznie zwróciło uwagę wielu kolegów; wszystkich jednak listów z powodów łatwozrozumiałych nie mogliśmy wydrukować.

Zapewniamy Sz. Panów, że nowoutworzony „lekarz-odontolog“ nie „otworzy ponętniejszych horyzontów przed naszą sztuką (?!) odontologiczną“— jak brzmi list, Argumenty, przytoczone w liście, są tak błahe, że w rzeczywistości pozostaje tylko wyraźnie zaakcentować wszystko, co w notatce było przytoczone w sprawie rzekomego tytułu.

Kol. W. T. w M. Przypadki obecności zębów w torbielach jajników u kobiet nie są rzadkością. Zęby takie mogą jako tako być uorganizowane, lub też mieć charakter zaczątków. Ciekawy, mniej więcej, przypadek opisuje dr. Kroph w „Müch. mediz. Wochenschrift“ (118, 1908. Zob. ref. „Deut. Mft. für. Z-de“. III r. z.) U 35-letniej kobiety, która 10 razy była w ciąży, postawiono djagnozę: *Tumor ovarii dexter* (dermoid?). Usunięto duży guz, zrośnięty z kiszką. Miał on kształt kiełbasy, rozmiar podwójnej pięści. Brózda dzieliła go na 2 części, każda wielkości pięści. Na skutek rozerwania związku z kiszką powierzchnia brózdy w najgłębszym jej punkcie była szorstka na przestrzeni, mniej więcej, guldena; ze środka sterczał *twór zbliżony do zęba, podobny do dwuguzkowca.* Połączenia ze ścianą nie było; ząb również nie tkwił bardzo mocno. Elastyczny guz napełniony był przezroczystą cieczą, w której pływały białawe kłaczki i żółtawe kulki tłuszczu, a między nimi blond włosy. Wewnętrzna powierzchnia była gładka, częściowo upstrzona wybroczynami. Zawartość pod mikroskopem była drobnoziarnista, pomieszana z kroplami tłuszczu i włosami. Przegroda utworzona była z tkanki jajnikowej, obficie unaczynionej. Tkanka łączna zawierała liczne rozszerzone szczeliny chłonne, napełnione płynem i była miejscami szklisto zwyrodniała. Pomimo, że według badań Pfannenstiel'a w połowie przypadków torbiele zawierały zęby, Kroph nie spotkał w literaturze ani jednego takiego przyp., aby ząb wyrastał, jak tu nazewnątrz. Zwykle leżą one swobodnie wewnątrz lub też korona sterczy do środka; bywa też, że tkwią w ściance.

Kol. W. Z. w I. Dobrze jest używać wyrazu „trucizna“ dla wszelkich ciał chemicznych, szkodliwie działających na ustrój, zaś wyraz „jad“ zachować dla trucizn bakteryjnych, roślinnych lub zwierzęcych, zdolnych wywołać w ustroju wytworzenie „przeciwjadów“.

Kol. N. N. w m. Sposób naciskowy (t. z. Druckanaesthesie) nie zawsze daje dobre wyniki. Geo Cederbaum (Dental Register) zwraca uwagę, że daje on ujemne wyniki: w zębach osób starszych, u żujących tytuń, w zębach startych i erodowanych, w zębach ze znacznemi złogami wapiennemi pochodzenia wtórnego, w zębach, w których kanały korzeniowe zamknięte są zębiniakami lub kanaliki zębinowe zawierają tlenki metalowe, w zębach, w których były nie szczelnie zamykające plomby i wreszcie w źle zwapnionych zębach — wogóle zaś we wszystkich zębach, których kanaliki zębinowe są zamknięte, W wyżej przytoczonych zębach nawet długotrwały ucisk nie skutkuje. Bliższe szczegóły zob. Zahntechnische Reform 1906 № 15.

Kol. W. W. w D. Środków takich jest dużo. *Balsam do żuchania „Sahir“*, znajdujący się od niedawna w handlu, ma przeznaczenie do traktowania chorób jamy ustnej (nieżytów, aft, szkorbutu, pleśniawek i t. d.) Balsam ten zawiera od dawna używane w Indjach środki ściągające, nie zabarwia śluzówki jamy ustnej. Wyrabia: Chemisch-Farmaceut. Laboratorium Sahir München. Herzog Rudolfstr. 11. „Schweizerische Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde“ (II. 906) podaje statut

organizacyjny kantonalnej szkoły dentystycznej w Zurichu (z dn. 17 maja 1906 r.). Ustawa ta, doskonale i bardzo obszernie opracowana może być wzorem dla naszych szkół dentystycznych. Profesorami wymienionej uczelni Wyższa Rada Doradcza mianowała d-ra med. G. A. Stoppany'ego, d-ra S. J. Machwürth'a i d-ra A. Gysi'ego; dyrektorem — d-ra Stoppany'ego.

Kol. K. w Prz. Myśl utworzenia t. zw. lotnych oddziałów dentystycznych nie jest nowa. Z projektem zorganizowania takich oddziałów wystąpił jeszcze w r. 1906 lekarz-dentysta A. Szyf z Moskwy (zob. „Zubowraczebnoje Dieło"). Inicjatywa takich oddziałów (na wzór istniejących ocznych oddziałów lotnych), jego zdaniem, powinna wyjść od towarzystw dentystycznych przy poparciu ze strony rządu. Przy dobrej chęci i usilnej pracy mogą być usunięte wszelkie przeszkody. Zarządy te mogłyby stanowić komitety organizacyjne; przy współdziałaniu ziemskich i wiejskich stowarzyszeń zajęłyby się one opracowywaniem planów dyslokacji takich oddziałów. Komitet organizacyjny wydziela ze swego grona komitet wykonawczy, który uprzednio, przed wysyłką oddziału, werbuje potrzebną ilość specjalistów, opracowywuje tudzież budżet wydatków dla każdego oddziału i zajmuje się wysyłką jego. Maksymalny wydatek na każdy oddział wynosi rs. 200. Oddział ma pracować tylko podczas miesięcy zimowych i jesiennych, t. j. $^1/_2$ roku; przyjąwszy normę wynagrodzenia specjalisty rs. 100 miesięcznie, dochodzimy do wniosku, że całkowity wydatek półroczny wyniesie rs. 800; koszty przejazdu powinny ponosić: państwo, ziemstwa lub stowarzyszenia wiejskie. Szeroka organizacja oddziałów możliwa jest tylko przy udziale państwa i instytucji społecznych. Pomoc ludności wiejskiej, naturalnie, udzielana być powinna bezpłatnie. To są ogólne zarysy projektu.

Redaktor i Wydawca Lekarz-Dentysta **M. Krakowski**.

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 64.